

УДК 617.57/58-089.873-06:616.8-009.7]-08-039.76

АНАЛІЗ ПРОВЕДЕНИХ АМПУТАЦІЙ КІНЦІВОК ТА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ФАНТОМНО-БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

О. І. Пінчук, Л. В. Радецька, С. О. Коноваленко

*Комунальна міська клінічна лікарня
швидкої медичної допомоги, м. Львів
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
Київський міжнародний університет*

У статті проаналізовано кількість випадків ампутацій кінцівок залежно від причини та ефективність реабілітаційних заходів із використанням дзеркальної терапії у пацієнтів із фантомно-больовим синдромом.

ANALYSIS OF HUMAN AMPUTATIONS AND EFFICACY OF REHABILITATION MEASURES IN PATIENTS WITH PHANTOM-PAIN SYNDROME

O. I. Pinchuk, L. V. Radetska, S. O. Konovalenko

*Lviv Communal City Clinical Emergency Hospital
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University
Kyiv International University*

The article analyzes the amount of limbs amputations depending on the cause and effectiveness of rehabilitation measures using mirror therapy in patients with phantom-pain syndrome.

Вступ. Дуже часто можна спостерігати такий факт, коли пацієнти, які перенесли ампутацію, частіше ніж кінцівок, відчують дивні відчуття в неіснуючій кінцівці або її частині, що викликають деякі незручності та знижують і без того низьку якість життя. До проблеми відсутності кінцівки приєднується інтенсивний біль, який порушує підготовку пацієнта до етапу протезування і реабілітації в післяопераційний період [1, 7].

Основна частина. У наш час актуальність вивчення проблеми фантомно-больового синдрому зумовлена зростанням кількості постраждалих під час бойових дій, стихійних бід і промислових катастроф, а також значна частка припадає на оклюзивні ушкодження судин нижніх кінцівок і пухлини. Близько 52 % займають бойові травми, 23 % складають пацієнти з ішемічними порушеннями кінцівок внаслідок ускладнення цукрового діабету і захворювань судин, 15 % належить ампутаціям при злоякісних пухлинах довгих кісток кінцівок.

До розвитку фантомного болю призводять неадекватна анестезія під час операції, похилий вік, ампутація домінуючої кінцівки, наявність психологічних розладів, біль в куксі при запальних і дегенеративних змінах у м'язах, соматичні супутні захворювання. Існує пряма залежність між частотою виникнення фантомно-больового синдрому і тривалістю дії несприятливих факторів до і після ампутації – подразнення нерва в куксі кістковими утворами, запаленням м'яких тканин, формуванням невроми. Відомо, що ризик розвитку і тяжкість фантомного болю значно вищі при високій ампутації порівняно з ампутацією на більш нижчих рівнях [2, 3].

Необхідність своєчасної і адекватної корекції фантомно-больового синдрому зумовлена не тільки частотою й інтенсивністю больових проявів, високим процентом персистування болю, а також їх значним впливом на показники якості життя. Розвиток фантомного болю призводить, крім інвалідизації, до соціальної дезадаптації пацієнтів внаслідок приєднання

© О. І. Пінчук, Л. В. Радецька, С. О. Коноваленко, 2018

емоційних розладів (стресу, страху, тривоги, депресії) та неможливості адекватного протезування кінцівок.

Проблема реабілітації осіб, які перенесли ампутацію кінцівок, одна з найскладніших. Відновлення функцій, втрачених внаслідок ампутації кінцівок, має не лише медико-соціальне, але й економічне значення. Під патронатом Міністерства охорони здоров'я України діє система для медичної й психологічної реабілітації бійців АТО на базі госпіталів для ветеранів війни практично в усіх областях країни. Отже, реабілітація повинна бути спрямована на підвищення ефективності протезування та реабілітаційних заходів.

Теоретичні основи загальновизнаних способів реабілітації осіб з ампутацією кінцівок вивчено на достатньому рівні. До них, передусім, відносять різні форми лікувальної фізичної культури, фізіотерапію й масаж [4–6]. Але в практичному вирішенні питання відзначається значне відставання від теорії.

У всіх хворих, які перенесли ампутацію, крім фізичного каліцтва, формуються різні психічні порушення й лише дехто з них, звертається за спеціалізованою до-

помогою. Зазвичай психологічна підтримка надається лікарями хірургічного профілю та не має характеру спеціалізованої.

Метою нашої роботи було вивчення й аналіз проведених ампутацій кінцівок та реабілітаційних заходів із використанням дзеркальної терапії у пацієнтів із фантомно-больовим синдромом. Базою у цьому дослідженні є комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги міста Львова. Всі пацієнти поділені на дві групи: основну (17 жінок і 29 чоловіків) і контрольну (14 жінок і 28 чоловіків). Середній вік пацієнтів склав $(64 \pm 2,5)$ року. Ми провели аналіз залежності ампутацій кінцівок від основних причин ампутації. Результати наведено у таблиці 1.

Кількісний аналіз даних вказує, що найбільше ампутацій виконано з приводу цукрового діабету і атеросклерозу артерій кінцівок, менше припадає на емболію і тромбоз артерій та флегмони і абсцеси кінцівок.

До основної групи входили пацієнти, яким проведена ампутація кінцівки та традиційна реабілітація з

Таблиця 1. Кількісний аналіз проведених ампутацій кінцівок відносно причини за 2016–2017 рр.

Група	Стать	Причини ампутації, кількість				
		цукровий діабет	остеомиєліт	емболія і тромбоз артерій	флегмони і абсцеси кінцівок	атеросклероз артерій кінцівок
Основна	Чол.	6 (21 %)	9 (31 %)	4 (14 %)	3 (10 %)	7 (24 %)
	Жін.	11 (65 %)	–	2 (12 %)	1 (6 %)	3 (17 %)
Експериментальна	Чол.	7 (25 %)	6 (21 %)	2 (7 %)	5 (18 %)	8 (29 %)
	Жін.	8 (57 %)	–	3 (21 %)	1 (7 %)	2 (15 %)

використанням дзеркальної терапії. Дзеркальну терапію використовують в комплексній реабілітації для полегшення стану пацієнтів із фантомним болем. Суть методу полягає в тому, що перед хворим раз на день протягом 10 хвилин у сагітальній площині розташовують дзеркало таким чином, щоб в ньому відбивалася здорова кінцівка. Цю методику застосовували 21 день. При цьому зоровий контроль здійснюють лише за здоровою кінцівкою і її відображенням, що створює у хворого зорову ілюзію, ніби обидві половини його тіла функціонують належним чином. Рухи ушкодженої кінцівки, які також намагається виконати хворий, коригує фізіотерапевт відповідно до рухів здорової. Спостереження за відбитим у дзеркалі рухом здорової кінцівки стимулює активність моторної кори у великій півкулі головного мозку, при цьому темпи реабілітації прискорюються [8, 9].

У контрольній групі пацієнтам після перенесеної ампутації кінцівки застосовували традиційну реабілітацію.

Інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Пацієнтові пропонували зробити відмітку на візуальній аналоговій шкалі, що є горизонтальним відрізком лінії від 0 до 10 балів. Обстеження проводили у динаміці: до початку лікування, у процесі лікування та після закінчення курсу терапії. Результати оцінки інтенсивності больового синдрому в пацієнтів наведено у таблиці 2.

Аналіз даних виявив, що стан пацієнтів, яким проведена ампутація кінцівки та традиційна реабілітація з використанням дзеркальної терапії значно покращився порівняно з експериментальною групою. Больовий синдром від лікування і до виписування знизився на 40–75 %, більшу динаміку спостерігали у

Таблиця 2. Оцінка інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою

Група	Стать	Динаміка	Причини ампутації, кількість				
			цукровий діабет	остеомиєліт	емболія і тромбоз артерій	флегмони і абсцеси кінцівок	атеросклероз артерій кінцівок
Основна	Чол.	до	7±1,5	7,5±1,0	7,5±1,5	7±1,5	6,5±1,5
	Чол.	у процесі	5,5±1,5	5,5±1,0	5,5±1,5	6±1,5	6±1,5
	Чол.	після	4,5±1,5	3±1,0	3,5±1,5	4±1,5	5,5±1,5
	Жін.	до	6,5±1,5	–	7,5	8	6,5
	Жін.	у процесі	5,5±1,5	–	5	5	5,5
	Жін.	після	3,5±1,5	–	2	2	3,5
Експериментальна	Чол.	до	7,5±1,0	7±1,5	8	7,5±1,5	7±1,5
	Чол.	у процесі	6±1,5	5,5±1,5	6±1,5	5,5±1,5	6±1,5
	Чол.	після	5,5±1,5	4,5±1,5	4,5±1,5	4,5±1,5	5,5±1,5
	Жін.	до	7±1,0	–	7	8	6,5
	Жін.	у процесі	5,5±1,0	–	5,5±1,0	6	5
	Жін.	після	4,5±1,5	–	4,5±1,5	3	4

жінок основної групи з емболією і тромбозом артерій (з 7,5 до 2) та флегмонами і абсцесами кінцівок (з 8 до 2) ніж у чоловіків.

Висновки. Застосування традиційної реабілітації з використанням дзеркальної терапії дозволило зменшити фантомно-больовий синдром, покращило

динаміку і ефективність відновного процесу при лікуванні пацієнтів, яким проведена ампутація кінцівки.

У подальшому плануємо продовжити дослідження щодо визначення ефективності використання методів фізичної реабілітації після ампутації кінцівок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Інтенсивна терапія. Реанімація. Перша допомога : навч. посіб. / за ред. В. Д. Малишева. – М. : Медицина. – 2000. – 464 с.
2. Барінов А. Н. Невропатическая боль: клинические рекомендации и алгоритмы : лекции / А. Н. Барінов // Врач. – 2012. – № 9. – С. 17–22.
3. Бояркіна Г. В. Інтенсивність болю після операції пов'язана з рівнем передопераційної тривоги і депресії / Г. В. Бояркіна, О. Л. Потапов // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2013. – № 29. – С. 48–50.
4. Овечкин А. М. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы / А. М. Овечкин, С. В. Свиридов // Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 6 (61). – С. 135–144.
5. Осипова Н. А. Постампутационный фантомный болевой синдром: медицинские и социальные проблемы / Н. А. Осипова, Л. А. Собченко // Анестезиология и реаниматология. – 2011. – № 6. – С. 41–43.
6. Рушай А. К. Раннее лечение фантомных болей / А. К. Рушай // Травма. – 2013. – Т. 14, № 1. – С. 22–24.
7. Фантомно-болевого синдром – проблема, с которой сталкивается человек после ампутации конечности / А. С. Иванов, Д. П. Татаренко, С. А. Шалимов [и др.] // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2013. – № 1. – С. 53–55.
8. Федеральные клинические рекомендации по предотвращению фантомного болевого синдрома при ампутации конечности / под. ред. Н. А. Осиповой, А. М. Овечкина, А. В. Гнездилова. – М., 2014. – 25 с.
9. Comparison of phantom limb pain or phantom extremity sensation of upper and lower extremity amputations / F. Ugur, A. Akin, A. Esmaoglu [et al.] // Agri. – 2007. – Vol. 19, № 1. – P. 50–56.

Отримано 09.02.18